

DES
TUMEURS PERLÉES
AUX DOIGTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 24 DÉCEMBRE 1883, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Paul MICAULT

de Plombières (Vosges)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0057

DES
TUMEURS PERLÉES
AUX DOIGTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 24 DÉCEMBRE 1883, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Paul MICAULT

de Piombières (Vosges)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

Doyen : M. TOURDES *

Doyen honoraire : M. STOLTZ C *

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT *, STOLTZ C *, SIMONIN *, BACH *

Médecine légale.....	M. TOURDES, * professeur.	
Thérapeutique	M. COZE *, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL *, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT *, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT *, profess.	MM. ROUSSEL * et E. PARI- SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE *, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ *, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène	M. POINCARÉ *, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. WEISS, agrégé, chargé du cours.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, président ; MM. HEYDENREICH, WEISS, BARABAN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR BIEN AIMÉE

A MES PARENTS

AUX AMIS V. JEANROY ET P. THOUVENEL

A TOUS MES CAMARADES

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR GROSS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY.

INTRODUCTION

La *Revue médicale de l'Est* publiait, dans son numéro de janvier 1883, une étude sur une tumeur spéciale de l'index par M. Chavasse, médecin-major, actuellement professeur agrégé au Val de Grâce.

La connaissance de cette tumeur toute nouvelle nous avait déjà fait rechercher, à cette époque, les opinions des auteurs classiques à ce sujet. Cornil et Ranvier, après lui avoir donné le nom d'*Epithéliome pavimenteux perlé*, nous apprenaient que c'est un néoplasme excessivement rare, puisqu'ils n'en ont jamais observé que trois cas.

Le même mois, pourtant, le service de M. le professeur Gross, à l'hôpital St-Léon, nous fournissait un nouvel exemple de cette tumeur, bientôt suivi encore d'une seconde néoplasie semblable, opérées toutes deux dans les meilleures conditions.

Ces trois tumeurs identiques, observées en si peu de temps à Nancy, nous inspirèrent l'idée de faire de cette affection le sujet de notre travail inaugural ; le hasard singulier qui nous permettait de voir, dans le cours d'une même année, trois tumeurs aussi rares d'après les éminents histologistes, nous avait forcé tout d'abord à penser que bien des tumeurs des doigts, bénignes comme celles que nous nous proposons d'étu-

dier, avaient été opérées et enlevées sans qu'un examen postérieur en vînt faire un diagnostic parfait.

Après avoir parcouru, pourtant, le plus grand nombre possible d'observations de tumeurs des doigts, suivies de l'examen histologique, nous sommes obligé de reconnaître que la tumeur perlée des doigts est excessivement rare. Aussi ne pouvons-nous présenter dans notre thèse, comme absolument certaines sous le rapport du diagnostic, que l'observation de M. Chavasse, deux autres prises dans le service de M. le professeur Gross, et enfin une du service de M. Latheux (Hopital Necker), toutes tumeurs dont nous possédons l'examen postérieur à l'opération.

Nous n'avons pu nous procurer une observation de M. Troquart, de Bordeaux, publiée dans le Journal de médecine de cette ville, en 1881.

L'épithéliome perlé situé ailleurs qu'aux doigts (*meningesis-iris*) est un peu plus fréquent. Aussi avons-nous dû, sur certains points, insister beaucoup sur les tumeurs perlées de l'iris, complètement identiques à celles des doigts par leur analogie absolue comme structure histologique et comme processus.

Le plus grand nombre d'observations publiées sur les tumeurs iriennes, les expériences de pathogénie dont elles ont été l'objet, ont éclairci les points les plus obscurs de leur origine, et nous serviront, par déduction, à expliquer le mode de développement des mêmes tumeurs situées aux doigts, où nous les étudions.

Nous avons cherché, dans notre historique, à exposer les différentes définitions données jusqu'à présent de ces tumeurs, avec leur synonymie. Un troisième chapitre est réservé aux observations, suivies de l'Anatomie pathologique et de la

Pathogénie, qui font l'objet d'un quatrième chapitre. Le cinquième s'occupe du diagnostic différentiel.

Nous examinerons ensuite, en quelques mots, la marche, le pronostic et le traitement.

Que Monsieur le professeur Gross veuille bien recevoir ici tous nos remerciements, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, et les excellents conseils qu'il nous a prodigués.

Nous tenons aussi à remercier vivement M. le professeur agrégé Baraban, chef des travaux d'Anatomie pathologique, qui a bien voulu faire devant nous l'étude spéciale d'une des tumeurs opérées par M. Gross.

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Comment mieux définir la tumeur perlée en général, qu'en empruntant à Cornil et Ranvier leur description magistrale (1) : « Les épithéliomes pavimenteux perlés ont été désignés sous le nom de *cholestéatomes* par J. Muller, qui confondait sous le même nom plusieurs tumeurs bien différentes. Ils correspondent aux *tumeurs perlées* de Cruveilhier.

« Ils ont, avec les épithéliomes lobulés, une certaine analogie : ils sont lobulés, souvent enkystés. Leur surface de section est sèche, opaque, blanchâtre, légèrement miroitante à la façon de la cholestérine...; mais leur aspect miroitant est surtout dû à des lamelles épidermiques desséchées.

« Par le raclage, on obtient de petites perles visibles à l'œil nu, très régulièrement arrondies ou formées de plusieurs lobes réunis par des couches concentriques enveloppantes. A l'examen microscopique, ces petits grains ressemblent beaucoup aux globes de la toile choroïdienne et des sarcomes angiolithiques, mais ils ne renferment pas de sels calcaires. Lorsqu'on les colore par le carmin, on voit apparaître dans leur couche extérieure des lamelles épidermiques soudées, montrant des noyaux atrophiés, colorés en rouge. A côté de ces perles épidermiques, on peut observer des cellules cornées

(1) *Manuel d'Histologie pathologique*, 1881, t. I.

isolées. Dans quelques cas, on obtient aussi, par le raclage, des paillettes de cholestérine.

« Sur des coupes minces, on obtient un tissu caractérisé par des lobules qui ressemblent à ceux de l'épithéliome lobulé; mais on reconnaît que l'évolution épidermique y est stationnaire. Au lieu des couches d'épithélium cylindrique et pavimenteux stratifiées, on ne rencontre qu'une seule couche de cellules aplaties, dont les noyaux sont atrophiés. Les perles sont séparées ou réunies par des pédicules très-fins, composés eux-mêmes de cellules épidermiques... Ces tumeurs sont assez rares, pour que nous n'en n'ayons vu que trois cas... Entièrement bénignes, elles restent momifiées presque à l'état de corps étrangers, sans occasionner d'accidents... Comme elles ont acquis tout leur développement, et qu'elles sont depuis longtemps stationnaires au moment de leur ablation, leur développement histologique est impossible à suivre, et n'a pas été décrit. On ne connaît pas davantage la cause de leur bénignité et de leur momification. »

Ces perles, *globes épidermiques* de certains auteurs, que décrivent Cornil et Ranvier, ne sont pas forcément réunies pour former une tumeur perlée. Aux doigts, où nous les étudions, nous n'avons jamais rencontré qu'un seul de ces globes, mais d'un volume plus considérable, et formant à lui seul la tumeur.

Le Dictionnaire de Jaccoud, celui de Dechambre, ne nous donnent encore aucun renseignement.

Celui de Littré et Robin décrit, sous le nom de *grains perlés*, de petites tumeurs « rencontrées sur la surface de certains sarcocèles kystiques, et dans d'autres endroits de la peau, des muqueuses, des séreuses mêmes. » (On les trouve souvent englobés dans certaines productions épithéliales malignes, à la

langue par exemple (1), au prépuce (2), et en quantités considérables dans des tumeurs épithéliales de la peau, des ganglions, des muqueuses ? ?) « Ce sont, disent Littré et Robin, des grains durs, nacrés, formés de cellules épithéliales minces, aplaties, imbriquées et très tassées, dépourvues de noyaux. Il est de ces masses épithéliales qui atteignent le volume d'une noisette : *elles sont alors véritablement enkystées, et le contenu moins dense, est friable, mélangé de cristaux de cholestérine.* »

C'est bien là la description d'une tumeur perlée mais si nous la considérons comme indépendante, et ne faisant pas partie d'une autre néoplasie où elle joue un rôle très secondaire.

Billroth (3) range la tumeur perlée, d'abord dans les tumeurs bénignes, puis dans les kystes, enfin dans ceux contenant une bouillie graisseuse (épithéliomas enkystés), quand leur contenu est plus solide, sec, à couches concentriques. Sa description est, du reste, identique à celle de Cornil et Ranvier; mais nous y trouvons une phrase qui nous a frappé, par l'analogie qu'elle indique avec une des tumeurs que nous avons spécialement étudiée. « *La structure, dit-il, en est tout à fait semblable à celle d'une partie de la peau qui aurait été repoussée en dedans.* » Nous verrons, plus loin, combien cette remarque est juste, et combien surtout elle s'applique à la tumeur de notre observation III, ainsi du reste que ce que Billroth dit de la conformation de ces tumeurs : « Leur paroi interne est quelquefois organisée d'une façon toute spéciale : on distingue parfaitement une couche stratifiée de petites

(1) Laboulbène, *An. Path.*

(2) Cruveilhier, *An. Path.*, 1856, t. III.

(3) *Manuel de path. chirurg. générale*, page 693.

cellules rondes, à un noyau, *qui offrent la plus grande ressemblance avec les cellules du réseau de Malpighi*; sur celles-ci s'étalent des cellules pavimenteuses, lamelleuses, qui dérivent des premières; et enfin, la bouillie graisseuse du centre est tout à fait semblable au smegma préputial... Quel que soit l'endroit où l'on rencontre ces productions épithéliales, elles ne peuvent provenir que du feuillet (embryonnaire) corné. »

Billroth range donc les tumeurs perlées à côté des kystes dermoïdes et des athéromes, mais il leur attribue ainsi une origine constamment *congénitale*; Du reste, il ne les connaissait que dans la dure-mère, « s'avancant de là vers l'intérieur des os du crâne. »

La description précédente est celle qui, certainement, se rapproche le plus du type que nous avons retrouvé aux doigts; et si la pathogénie ne nous satisfait pas entièrement, elle nous indique du moins comme principe le feuillet corné, qui joue toujours en effet le rôle principal, sinon unique. Voici donc tout ce que nous avons pu trouver dans les classiques, sur la tumeur qui nous occupe. Nous allons maintenant passer en revue les différentes descriptions qu'on en a données, d'après les différents organes où on a pu les rencontrer.

Auparavant, nous devons ajouter qu'en 1846, Lebert (1) et Mayor (2) cherchent à différencier du vrai cancer certaines tumeurs de la peau, auxquelles ils reconnurent une structure analogue à celle de l'épiderme, avec une bénignité particulière, mais cela à un point de vue tout à fait général, et sans donner d'observations particulières.

C'est dans le *cerveau*, et décrite par Cruveilhier (3), que

(1) *Physiologie path.*, Lebert, 1846, t. II.

(2) *Recherche sur les tumeurs épidermiques et leurs relations avec l'affection cancéreuse.*

(3) *An. Path.*

nous trouvons la première observation qui nous concerne. Il désigne sous le nom de *Tumeur perlée* une production néoplasique siégeant dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de l'encéphale, d'aspect chatoyant, et constituée par des couches concentriques imbriquées, limitant une petite cavité centrale remplie d'une bouillie blanchâtre. Cruveilhier fit constater dans cette tumeur la présence de la cholestérine, reconnut sa bénignité en tant que néoplasme, mais il ne nous apprend rien sur sa pathogénie et son mode de développement.

Rindfleisch, dans son *Traité d'histologie pathologique* (1), en parle comme d'une curiosité. Il donne ces néoplasmes comme des « épithéliômes pavimenteux, dont les masses cellulaires sont entièrement converties en globules perlés, brillants comme de la soie. » Du reste, Rindfleisch ne parle que de leur présence, excessivement rare encore, dans le cerveau. Il les fait venir de l'épithélium des espaces lymphatiques.

Pour Lancereaux (2), « la tumeur perlée n'est qu'un endothéliôme de petit volume, arrêté dans son évolution par la dégénérescence de la plupart des éléments qui le composent. Cette tumeur, qui peut acquérir le volume d'une noix,... est formée de cellules endothéliales, et surtout de globes cellulaires, devenus perlés et brillants comme de la soie... Ainsi arrêtée dans son développement, cette tumeur n'offre aucun danger, et n'est qu'une trouvaille anatomique.... » Il ajoute qu'elle n'offre aucun danger par elle-même, en effet, mais peut donner lieu à des symptômes de compression.

C'est chez les ophthalmologistes que nous allons trouver le plus d'observations de tumeurs perlées comme chez eux seulement nous trouverons des faits intéressants, et des expériences sur leur mode de développement.

(1) Traduit de l'allemand par M. Gross, 1873, p. 694.

(2) *Traité d'an. path.*, t. II, p. 447.

Une tumeur de ce genre est signalée pour la première fois par M. le docteur Monoyer (1), qui en donne l'observation sous le titre : *Double épithélioma perlé de l'iris, consécutif à un traumatisme*. L'étiologie seule nous intéresse, ainsi que l'examen histologique. La tumeur remontait à 18 mois environ, et était apparue, plus petite d'abord, une quinzaine après un traumatisme de l'œil, dû à un bout de fil de fer brusquement redressé, qui vint frapper le malade.

Voici l'examen histologique :

« L'inspection microscopique de la tumeur la montra composée uniquement et entièrement de lamelles solides, disposées en couches concentriques emboîtées les unes dans les autres comme les squammes d'un bulbe d'oignon, sans membrane d'enveloppe ni contenu distinct. Avec la pointe d'une aiguille, on parvenait à séparer facilement les différentes couches, dont l'épaisseur était d'environ un demi-millimètre.

« En examinant sous le microscope une coupe perpendiculaire à la surface d'une lamelle, nous n'y observons que des cellules fusiformes transparentes accolées les unes aux autres, sans noyaux apparents ; çà et là, quelques fines granulations.

« Dans une coupe parallèle à la surface, la préparation change complètement d'aspect : au lieu de cellules fusiformes, nous voyons de larges cellules à contour plus ou moins régulièrement ovale, avec quelques granulations à l'intérieur, mais pas de noyau ; les éléments histologiques que nous avons sous les yeux ressemblent de tout point aux cellules épithéliales qui composent la couche cornée de l'épiderme. L'apparence observée dans la coupe perpendiculaire indique bien que ces cellules sont aplaties. Au milieu de ces productions épithéliales, nous apercevons en outre, en différents endroits,

(1) *Gaz. méd.*, Strasbourg, 1872-73.

des groupes de cristaux de cholestérine. » Monoyer appelle cette tumeur « *epithelioma perlé ou margaritoïde*. »

Vers la même époque, Rothmund (1) décrit ces néoplasmes auxquels il donne le nom d'*epidermoïdomes*, et que Virchow, dans le même recueil, appelle *Perlgeschwulst*, et c'est là qu'il donne une note sur leur Pathogénèse.

En 1878, M. le docteur Stœber, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Nancy, présente une observation de tumeur perlée à la Société de Médecine de Nancy (2). Cette tumeur, opérée par M. Monoyer, était identique à celle de 1872; un cil y était adhérent; elle était survenue aussi à la suite d'un traumatisme.

En 1881, Masse (3) rejette pour ce genre de tumeurs le nom d'épithéliome pavimenteux perlé, et revient à la dénomination de *tumeur perlée* de Cruveilhier, à cause de leur bénignité.

Il nous reste maintenant à parler de ces néoplasmes quand ils siègent aux doigts, ce qui nous occupe spécialement; là, nous aurons bien des difficultés pour trouver des observations donnant un type aussi net et distinct que celles que nous possédons. Ces tumeurs, rares déjà ailleurs, comme il ressort de cet exposé, sont au doigt pour ainsi dire inconnues. La monographie du docteur Blum (Chirurgie de la main), si complète sous tous les rapports, n'en dit pas le moindre mot.

Nous ne pouvons mentionner une foule d'observations de tumeurs des doigts *plus ou moins* analogues aux nôtres, et consignées dans différentes revues (4) : la lecture attentive

(1) *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, oct.-nov.-déc. 1871; imprimé en janvier 1872.

(2) *Revue médicale de l'Est*, 1878, t. I.

(3) *Pathogénie des kystes et tumeurs épithéliales de l'iris*, Comptes-rendus de l'Acad. Sciences 1881, t. I.

(4) Tessier, *Bull. Soc. An.*, 1834; Nivet, *id.*, 1837; Jarjavay, *id.*, 1852; Jobert de Lamballe, *Union Méd.*, 1852.

que nous en avons faite, ne nous a pas permis d'établir nettement le diagnostic; il nous faut arriver pour cela à l'observation de M. Chavasse, que nous rapportons plus loin.

Signalons à présent les ouvrages qui, à un titre quelconque, nous ont fourni des documents pour la rédaction de notre thèse.

Citons d'abord deux thèses de doctorat soutenues à Paris, par les docteurs Vermont (1) et Monory (2), sur les tumeurs des doigts, et qui, malgré leur exactitude, ne nous donnent pas d'observation d'un cas analogue à ceux que nous étudions.

L'étude la plus récente sur les tumeurs des doigts est due à M. le docteur Demay (3), qui en a fait le sujet de son travail inaugural.

Cet auteur, dans des observations qui nous ont frappé, décrit, sous le nom de *Kyste épithélial corné* des tumeurs qu'il rapporte à une altération de glandes sudoripares, survenue à la suite de lésions traumatiques. Nous lui empruntons une de ses observations, qui nous semble absolument identique à celles que nous avons pu recueillir dans le service de M. Gross.

Pour M. Demay, la tumeur dont nous lui empruntons l'observation, était un épithéliome pavimenteux lobulé, en train de subir la dégénérescence cornée. Il nous semblerait plus juste, d'après la description que nous relatons, de la ranger auprès des tumeurs perlées. C'est la rareté même de leur apparition aux doigts qui a probablement empêché de lui donner ce nom.

C'est, du reste, M. Chavasse qui la signale le premier explicitement dans cette région.

(1) Paris 1855.

(2) Paris 1873.

(3) Paris 1880.

OBSERVATIONS

Observation I

Tumeur perlée de l'index, observation recueillie par M. le docteur Chavasse, Professeur agrégé au Val-de-Grâce. (*Revue médicale de l'Est*, janvier 1883).

« Le nommé Ch. V..., âgé de 22 ans, cavalier au 5^e régiment de hussards, se présente à notre visite le 13 février 1882, pour une petite tumeur siégeant dans la pulpe de l'index gauche, et dont il fait remonter le développement au mois d'août 1881. A cette époque, étant en traitement à l'hôpital militaire pour une dermite ulcéreuse des talons, il s'aperçut que l'extrémité du doigt en question était le siège d'une tuméfaction assez dure, indolente, mais occasionnant une certaine gêne dans les mouvements de préhension. Une incision fut pratiquée et donna issue, nous dit-il, à une goutte d'un liquide blanchâtre, sans amener ultérieurement de changement sensible dans l'état local. Depuis, notre homme ne s'était plus inquiété de sa tumeur, lorsque, en janvier dernier, sans autre cause appréciable que les exercices journaliers, celle-ci est devenue douloureuse à la pression, a subi une certaine augmentation de volume, et a rendu ainsi difficile son service de cavalier. Ce malade, très-intelligent, ne peut nous fournir aucun renseignement sur l'origine probable de l'affection ; il ne se rappelle pas avoir subi, dans la partie malade, un traumatisme quelconque, soit contusion, soit piquûre, soit pénétration de corps étranger. Les antécédents de famille sont nuls au point de vue de la morbidité ; quant à lui, la seule maladie dont il ait été atteint est une dermite ulcéreuse des deux talons.

L'examen de l'index gauche nous montre une tuméfaction de la face palmaire de la phalange, sans changement de couleur de la peau. La palpation fait constater une tumeur bien limitée, arrondie, du volume d'une petite bille, donnant une sensation de résistance élastique, siégeant dans

le tissu sous-cutané, mobile sur les parties profondes, et légèrement adhérente à la face profonde du derme, en un point limité. La pression est modérément douloureuse. Dans ce cas, l'ablation était indiquée ; après anesthésie locale, une incision longitudinale pratiquée sur la face palmaire de la phalangette traverse la peau et met à nu la petite tumeur qui s'énuclée très-facilement avec l'extrémité d'une sonde cannelée. Une portion de l'enveloppe extérieure, de trois à quatre millimètres, d'étendue, restée adhérente au derme, s'enlève sans difficulté ; cette légère adhérence était pour nous le résultat de l'incision antérieure.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur.

1° *Caractères macroscopiques.* — La tumeur, de la grosseur d'une bille ou d'un gros pois, a un aspect nacré et chatoyant, une surface lisse et assez résistante au toucher. Une incision nous la montre constituée par des lamelles nacrées, imbriquées, en couches concentriques, à la manière des tuniques d'un bulbe d'oignon, se séparant assez facilement les unes des autres, et entourant une petite cavité centrale, dont le contenu est une matière molle, blanchâtre.

2° *Caractères histologiques.* — M. le docteur Baraban, chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, a bien voulu pratiquer l'examen microscopique de notre néoplasme et nous communiquer les résultats de son observation.

a) *Zône centrale.* — Elle contient une bouillie granuleuse assez épaisse et des lamelles irrégulièrement sphéroïdales, qui se séparent les unes des autres par un simple grattage. Le produit de ce grattage est porté sous le microscope, après avoir pris la précaution de dissocier avec des aiguilles les lamelles sphéroïdales qui accompagnent la bouillie blanchâtre sus-indiquée ; on constate alors dans la préparation :

1° Des cristaux de cholestérine et des amas de granulations graisseuses solubles dans l'éther ;

2° Des cellules épithéliales lamelliformes, polygonales, isolées ou associées en membranes de peu d'étendue, et pourvues, pour la plupart, d'un noyau ovoïde assez difficile à reconnaître. Ce noyau se colore lentement en rouge par le picro-carmin, tandis que tout l'élément prend rapidement la teinte jaune de l'acide picrique.

b) *Zône périphérique.* — Au premier abord, les couches périphériques ressemblent à du tissu fibreux très-dense, disposé en couches concentriques ; l'addition d'acide acétique ne modifie pas sensiblement l'aspect de la préparation ; mais l'emploi d'une solution de potasse fait gonfler immédiatement la coupe, et permet d'y constater la présence exclusive de cellules épithéliales, absolument analogues à celles de la lame cornée de l'épiderme. La plus grande partie de ces cellules n'ont pas de noyaux ; seules, celles de la périphérie en possèdent un très-pâle et difficile à colorer par le carmin.

Les coupes permettent, en outre, de reconnaître en plusieurs points de la surface de la tumeur de faibles lambeaux de tissu fibreux, insignifiants comme dimensions relativement à la masse totale.

En somme, cette tumeur est l'*épithéliome pavimenteux perlé* de Cornil et Ranvier.

Disons de suite que les conséquences de l'ablation ont été très-simples et que, quelques jours après, la guérison de l'incision était complète. Quatre mois après l'opération, la phalangelette avait un aspect tout à fait normal. »

Observation II.

Tumeur perlée du pouce. — Observation recueillie au service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Gross, par M. Dommartin, interne du service.

Le nommé A... D..., âgé de 42 ans, entre le 27 janvier 1883 à l'hôpital St-Léon, Salle St-Jean, service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Gross.

D'un tempérament robuste, il ne présente aucun antécédent morbide, soit personnel, soit héréditaire : il n'a jamais été arrêté dans son travail.

Il y a 24 ans environ, nous dit-il, il était occupé à fendre du bois, lorsqu'à la suite d'un mouvement brusque, son pouce droit glissa et vint porter, par sa face palmaire, sur un morceau de bois, qui pénétra dans les chairs à une certaine profondeur. Il ignore s'il en est resté dans la plaie quelque parcelle. La plaie ne donna issue qu'à une fort petite quantité de sang, et se guérit facilement et assez vite. Un ou deux mois après, il s'aperçut *qu'à l'endroit même* où il s'était piqué, se développait une petite grosseur : celle-ci augmenta seulement de volume et n'attira sérieusement son attention que lorsqu'elle eut atteint le volume d'une noix.

Au début, cette tumeur était ferme et consistante, non douloureuse, et ne le gênait en rien dans son travail ; les mouvements du pouce n'étaient pas modifiés. Cette tumeur garda sa consistance primitive *pendant 24 ans*, lorsqu'il y a six semaines, sans aucune cause, elle prit subitement une consistance plus molle, se perça, et laissa s'écouler un liquide crémeux peu abondant, mélangé parfois à quelques gouttes de sang. La pression dès lors devint très-douloureuse ; la tumeur augmenta encore un peu de volume ; et l'usage du doigt devint impossible.

C'est alors que le malade se décide à entrer à l'hôpital et à réclamer une intervention chirurgicale.

État actuel. — En examinant la face palmaire du pouce de la main droite, on remarque, à la partie inférieure de la première phalange, une grosseur du volume d'une noix, siégeant dans le tissu sous-cutané, légèrement adhérente à la face profonde du derme.

Au niveau de la partie la plus saillante, on constate une ulcération présentant dans le sens transversal 2 millimètres et dans le sens vertical 1 millimètre.

Au pourtour de cette ulcération, la peau est rougeâtre, épaissie ; l'épiderme se ramollit et s'exfolie. La palpation fait reconnaître une tumeur arrondie, bien limitée, d'une consistance élastique, sans aucune bosselure et sans irrégularité quelconque. A la partie inférieure, la pression est légèrement douloureuse. Saisissant entre deux doigts la tumeur, et lui imprimant de légers mouvements latéraux et verticaux, on trouve qu'elle est mobile sur les parties profondes. L'articulation interphalangienne est absolument saine ; les mouvements ne sont aucunement doulou-

reux ; mais la flexion est en partie entravée par le volume même de la tumeur, qui se trouve placée presque à cheval sur le pli articulaire.

En explorant la tumeur, on exprime par la petite ouverture placée à son sommet une sorte de liquide épais, blanchâtre, analogue à de la crème.

Examiné au microscope, on trouve dans ce liquide des cellules épidermiques, sans noyaux apparents, des globules de pus et de détritux graisseux, et quelques cristaux de cholestérine.

On ne trouve aucun engorgement ganglionnaire, soit au coude, soit dans le creux de l'aisselle. Rien de particulier du côté de l'état général du malade.

28 *janvier*. *Opération*. — Anesthésie par le chloroforme. — Précautions antiseptiques ordinaires. — Pulvérisation. — Application de la bande d'Esmarch. — Une incision cruciale est faite aux téguments qui recouvrent la tumeur ; celle-ci est facilement mise à nu. Légèrement adhérente à la peau, au niveau de l'ulcération qui existe à son sommet, elle est peu à peu énucléée, et se trouve encore adhérer très légèrement à la gaine du tendon fléchisseur.

Deux sutures à fil d'argent sont faites pour réunir les deux lèvres de la plaie transversale. Grâce à l'excision d'une languette de peau, les lèvres de la plaie longitudinale s'adaptent exactement l'une contre l'autre. Le pansement consiste dans une compresse de gaze phéniquée, plus une lame de ouate salicylée, et enfin une éponge antiseptique, qui donne une compression au niveau de la plaie opératoire. Le tout est fixé par une bande de mousseline raide. Le pouce, la main et le poignet sont immobilisés par un bandage spica, fait avec une longue bande de mousseline raide mouillée. Après application du pansement, on enlève la bande d'Esmarch.

29 *janvier*. Les pièces superficielles du pansement sont remplacées : on ne laisse en place que la compresse de gaze phéniquée, qui adhère à la plaie ; aucune réaction fébrile.

30 *janvier*. Les fils à suture sont enlevés. Le 3 février, la réunion est complète et le malade sort de l'hôpital.

Examen de la tumeur.

La tumeur est de la grosseur d'une noix ; elle s'est entièrement vidée de son contenu pendant l'extirpation.

Une coupe passant par le grand diamètre de la tumeur

montre deux zones nettement distinctes, l'une externe, épaisse, dense, légèrement rosée, l'autre interne, plissée, moins épaisse, jaunâtre. La zone extérieure est constituée par du *tissu inflammatoire chronique*, et permettrait de considérer le néoplasme comme un *phlogôme*. La zone interne présente un aspect vaguement fibrillaire et se montre constituée par des cellules fusiformes, transparentes, accolées les unes aux autres, sans noyaux. Vers la surface interne, ces cellules sont moins tassées, subissent la dégénérescence graisseuse, et aboutissent à la fonte moléculaire : Ce sont elles qui en se desquamant pour ainsi dire, et, en se mélangeant avec les granulations graisseuses qui résultent de leur dégénérescence et des cristaux de cholestérine, constituent la bouillie qui s'est échappée de la tumeur avant l'opération.

Observation III

Tumeur perlée du médius. — Observation recueillie au service de M. le Professeur Gross par M. Dommartin, interne du service.

Le nommé O... J..., âgé de 37 ans, exerçant la profession de repousseur en cuivre, entre le 4 juin 1883 à l'hôpital St-Léon (Salle Saint-Ferdinand, n° 4), service de M. le Professeur Gross.

Il y a six ans, il a été blessé à la face palmaire du médius de la main gauche, au niveau de la deuxième phalange, par une pointe de cuivre qui s'y est enfoncée. La plaie a saigné abondamment, mais huit jours après elle était complètement refermée. Le malade reprit de suite son travail, et continua à se servir de sa main gauche, comme si elle n'avait subi aucun traumatisme. Les antécédents de famille sont muets au point de vue de la morbidité ; quant à O..., c'est un homme d'un tempérament vigoureux, qui n'a jamais été malade.

Il y a dix-huit mois, à l'endroit même de la piqure, se développait une grosseur qui atteignit bientôt le volume d'un gros pois, et qui lui occasionna une certaine gêne dans les fonctions de la main, notamment les mouvements de préhension. La marche lente de ce développement morbide empêcha le malade de s'inquiéter outre mesure de la présence de cette

petite tumeur ; ce n'est que dans le courant du mois de mai de cette année, que la grosseur devint légèrement douloureuse à la pression, subit une certaine augmentation de volume et rendit difficile son travail journalier.

L'examen du médius de la main gauche nous montre, sur la face palmaire de la deuxième phalange, une tumeur sous-cutanée, sans changement de coloration de la peau qui la recouvre. La palpation fait constater une tumeur du volume d'une petite bille, bien limitée, d'une forme régulièrement ovoïde, donnant une sensation de résistance élastique, ne présentant aucune adhérence aux tissus sous-jacents. La pression est assez douloureuse. Les mouvements de flexion du doigt sont limités par le volume même de la tumeur ; les articulations interphalangiennes sont intactes.

Au sommet de la tumeur se trouve un petit point noir, qui est un pertuis, par lequel le malade avait exprimé, quelques jours auparavant, un long vermicelle d'une matière blanchâtre, analogue, au dire du malade, à du fromage blanc.

La gêne que détermine la présence de la tumeur, conduit O... à en réclamer l'ablation. Celle-ci est pratiquée le 5 juin 1883. Anesthésie par le chloroforme, nettoyage et lavages de la main, pulvérisation à l'acide phénique, application de la bande d'Esmarch ; incision longitudinale pratiquée sur la face palmaire de la deuxième phalange, dans l'axe du doigt. La peau incisée, le chirurgien met à nu la petite tumeur, qui ne présente aucune adhérence profonde et s'énuclée très facilement.

Deux points de suture au catgut, rapprochent les deux lèvres de la petite plaie. — Pansement à l'aide d'une petite compresse de gaze phéniquée et de la ouate salycilée. Bandage spiral avec une bande de mousseline raide, trempée dans l'eau tiède ; un seul pansement suffit pour la guérison. Trois jours après, le malade quitte l'hôpital. Pour plus de sécurité, on immobilise la main par une gouttière plâtrée. Le sixième jour après l'opération, il se représente au service ; on enlève le pansement ; la cicatrisation est effectuée.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur.

La tumeur, examinée aussitôt après son extirpation, présente la grosseur d'une petite bille blanchâtre, entourée d'une mince lamelle conjonctive, de couleur rougeâtre, et qui se détache très facilement. En fendant la tumeur en deux, on la

trouve constituée par *trois* lamelles concentriques, rappelant les tuniques d'un bulbe d'oignon, se séparant les unes des autres avec la plus grande facilité, et entourant une petite cavité centrale contenant une matière blanchâtre, molle, caséuse. Examinées au microscope, les lamelles blanchâtres concentriques constituant la tumeur, présentent, sur une coupe transversale, un aspect finement fibrillaire ; traité par la potasse, cet aspect change totalement, et on aperçoit de larges cellules à contour plus ou moins régulièrement ovales, sans noyau, et ressemblant en tout point aux cellules qui composent la couche cornée de l'épiderme. La matière blanchâtre caséuse contenue dans la tumeur, est formée de ces mêmes cellules, de granulations graisseuses et de cristaux de cholestérine.

La tumeur, conservée dans l'alcool absolu, a été examinée devant nous par M. Baraban, professeur agrégé, chef des travaux anatomo-pathologiques, quelques mois après son extirpation ; voici le résultat de cet examen :

La tumeur a la grosseur d'une petite noisette, une coloration d'un blanc chatoyant à la lumière, ressemblant fort bien à de la nacre un peu terne ; elle forme une sorte de poche, dont les parois mesurent de un millimètre à un millimètre et demi d'épaisseur, et dans l'intérieur de laquelle on trouve des lamelles irrégulières, plus ou moins complètement détachables de la paroi, et sur certains points des restes de la bouillie grumeleuse qui sortait par l'orifice.

Dans cette bouillie, nous ne retrouvons plus la cholestérine observée dans l'état frais de la tumeur ; fait qui n'a rien d'étonnant, si l'on songe qu'elle était conservée dans l'alcool. Les lamelles sont constituées par des cellules analogues à celles de la couche cornée de l'épiderme, quoique un peu plus grandes, plates, transparentes, sans noyaux.

Les coupes pratiquées pour connaître la composition de la paroi en un point quelconque, examinées sans l'adjonction d'un réactif, sont constituées par une substance très dense, transparente, presque hyaline, dans laquelle on voit des stries très-fines, parallèles à la surface de la tumeur ; ce qui donne immédiatement l'idée de lamelles très-serrées, emboîtées les unes dans les autres. Par places, surtout dans les couches les plus internes, ces lamelles sont séparées par de petits amas de granulations. En traitant la préparation par une solution de potasse, on voit ces lamelles se gonfler sous le microscope ; l'aspect précédent est remplacé par celui d'une mosaïque assez régulière, formée de petits polygones très allongés, et dont le grand axe est parallèle à la surface de la tumeur ; ce sont autant de cellules, à contour très net, et à contenu transparent. Dans la partie moyenne, on peut apercevoir quelques noyaux, mais plus clairs que le reste de la préparation, et semblant avoir subi une sorte de dégénérescence colloïde.

Du reste, pour avoir une idée plus complète de cette paroi, et, en même temps, ce qui dans le cas particulier était intéressant à connaître, pour se rendre compte des connexions de la tumeur avec l'épiderme du doigt, M. Baraban a fait des préparations comprenant à la fois la paroi de la tumeur, et le lambeau de derme enlevé au cours de l'opération, tout autour du pertuis signalé précédemment.

Ces préparations ont montré une continuité très nette entre l'épiderme du doigt et la paroi même de la tumeur ; en effet, si on examine la façon dont l'épiderme du doigt se comporte au pourtour du pertuis, on voit les couches profondes de cet épiderme se terminer en pointe émoussée à ce niveau. Tout au contraire, les couches superficielles se recourbent autour de cette pointe, qu'elles coiffent en quelque sorte, et vont s

continuer, *sans aucune ligne de démarcation*, avec la paroi même de la tumeur.

Nous disions tout à l'heure que les couches profondes se terminaient en pointe émoussée ; ce n'est pas tout à fait juste : car, de cette couche profonde part un prolongement très-mince, formé à son origine d'une seule couche de cellules, plus épais à mesure qu'il s'éloigne de l'épiderme, constitué dans sa plus grande épaisseur par une couche de cinq ou six cellules, et formant à la paroi cornée de la tumeur une véritable zone de Malpighi.

Au niveau du pertuis, la couche tout à fait superficielle de l'épiderme s'amincit un peu, et passe d'un bord à l'autre, de façon à constituer là une paroi exclusivement cornée, également très-lamellaire.

Observation IV

Kyste épidermique corné. — Emprunté à la thèse de M. Demay, service de M. Latteux, hôpital Necker.

M. M..., 44 ans, employé.

Le 5 novembre 1879, M. M... est mordu par son chien dans l'espace intermétacarpien qui sépare le premier du deuxième métacarpien de la main droite. Le chien, du reste, ne présente, par la suite, aucun signe d'hydrophobie. La plaie était très-petite et donna issue à peu de sang.

La cicatrisation se fit rapidement ; néanmoins, lorsque M. M... pressait la partie lésée, il éprouvait une douleur assez notable ; puis, au bout d'un mois, il constata au toucher une petite saillie dure, faisant corps avec la peau, mais mobile sur les parties sous-jacentes. Bientôt cette tumeur s'accrut, et acquit le volume d'un gros pois.

La douleur à la pression persistant, le malade réclama l'intervention chirurgicale, qui fut pratiquée le 10 avril suivant par M. le docteur Latteux.

On chercha à énucléer la tumeur ; mais celle-ci était très-adhérente aux couches superficielles du derme, et elle s'ouvrit quand on incisa la peau. Il en sortit un liquide assez

épais, filant, et tenant en suspension des éléments organiques solides.

Le reste de la tumeur, qui était incluse dans le derme, fut énucléé.

Les bords de la plaie, traités par les irrigations continues d'eau froide, se réunirent par première intention.

Analyse histologique. — Le kyste, coupé dans son épaisseur, présente, en allant du dehors en dedans :

1° Deux ou trois couches de cellules aplaties, épithéliales, munies d'un noyau peu apparent ;

2° Une zone très-épaisse, constituée par du tissu épithélial corné, dont les couches les plus internes, désquamées, forment au milieu du kyste une bouillie épaisse.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE, PATHOGÉNIE

§ I. — L'histologie des tumeurs que nous étudions peut, d'après les descriptions diverses, être ramenée à un type bien net et bien délimité.

Cette étude sera de la plus grande importance pour en déterminer l'origine, la pathogénie exacte.

On peut les décrire comme il suit :

Ce sont des *tumeurs enkystées*, sans membranes d'enveloppe proprement dite, mais entourées tantôt d'une mince lamelle de tissu connectif (Obs. I et III), tantôt d'une couche plus ou moins épaisse de tissu inflammatoire chronique (Obs. II). Ce tissu, qui n'est probablement autre chose que celui des parties voisines indurées, joue le rôle de membrane d'enkystement plus ou moins complète. Nous arrivons ensuite, en procédant de l'extérieur vers l'intérieur, à reconnaître un globe épidermique de dimension énorme, qui mérite de nous arrêter un instant. Ce globe a une grosseur comparée généralement à une petite bille, avec un aspect chatoyant, nacré (à l'état frais), que nous expliquera tout à l'heure sa composition intime, et qui a fait donner à ces néoplasmes le nom de tumeurs perlées.

Le globe épidermique est composé de lamelles plus ou moins régulièrement sphériques, superposées comme celles d'un bulbe d'oignon. Les lamelles se dissocient, en général, assez

difficilement par le grattage. Une coupe microscopique, perpendiculaire à leur surface, donne l'impression d'un tissu vaguement fibrillaire ; on n'observe que des cellules fusiformes, transparentes, très tassées, imbriquées, sans noyaux bien perceptibles, surtout dans les endroits les plus denses, avec çà et là quelques fines granulations. Une coupe suivant la surface donne, au contraire, de larges cellules, plates, assez irrégulièrement polygonales, avec quelques granulations, ressemblant en tous points à celles de la couche cornée de l'épiderme. Ces caractères sont surtout faciles à étudier après l'emploi d'une solution de potasse : les cellules sont gonflées, bien dissociées, nettes, semblables à des plaques plus ou moins larges. Il est remarquable que cette facilité d'étude, due à la potasse, se perde au bout de quelques heures, après lesquelles le tissu redevient aussi dense.

Les cellules de la périphérie et quelques-unes centrales, des moins serrées, présentent seules un noyau très-pâle, comme atteint de dégérescence, difficilement colorable en rouge par le picro-carmin, le reste de la préparation demeurant jaune.

A quoi est dû l'aspect miroitant de ces tumeurs ? En grande partie à ces lamelles épidermiques mêmes qui, par le tassement des cellules desséchées donnent un tissu excessivement dense, absorbant peu les rayons lumineux, faisant donc un ton nacré ; mais il est dû aussi beaucoup à des cristaux de cholestérine.

Ces cristaux s'observent en différents points (entre les lamelles par exemple), mais ce fait est rare ; et on les observe surtout dans la zone centrale, si bien étudiée et décrite dans l'observation de M. Chavasse, par M. le professeur agrégé Baraban. Il y reconnut une bouillie granuleuse assez épaisse, renfermant les mêmes lamelles épidermiques, mais peu denses, facilement isolables par un grattage très-léger. Ces

lames dissociées, portées sous le microscope, donnent pour tous les cas étudiés :

Des amas de granulations graisseuses, solubles dans l'éther.

Des cristaux de cholestérine, souvent très-nombreux, reconnaissables à leur forme caractéristique et à leurs réactions chimiques.

Beaucoup de cellules épithéliales, plates, polygonales, isolées ou associées en plaques de peu d'étendue, pourvues quelquefois d'un noyau ovoïde, le plus souvent atrophié ou absent.

Ces tumeurs renferment-elles des vaisseaux ? Le fait est peu probable à priori ; car leur absence explique fort bien l'arrêt de l'évolution épidermique dans ce genre de néoplasie (Cornil et Ranvier, Fœrster). Mais l'observation directe démontre bien qu'il en est ainsi, et jamais on n'a rencontré aucune vascularisation dans l'intérieur d'un globe épidermique.

Il n'en est pas de même pour leur périphérie, qui peut très-bien être couverte de vaisseaux. Masse (loc. cit.) a vu des anses vasculaires, parties de l'iris, se développer à leur surface. Cette vascularisation périphérique semblerait même pouvoir arriver au point de leur donner l'aspect du tissu érectile, et de changer la coloration du tégument, qui devient bleuâtre.

Dans son article « Main » du Dictionnaire encyclopédique, Polaillon rapporte un cas communiqué par Parmentier à la Société anatomique (1). Une femme de 52 ans présentait quelques tumeurs vasculaires. Elle attribuait leur origine, qui datait de 35 ans, à une coupure. Elle fut opérée. L'examen de ces tumeurs donnait un aspect aréolaire, érectile. Au microscope, Ch. Robin découvrit que l'on avait affaire à des tu-

(1) *Dict. Dechambre*, t. IV, série II, p. 147.

meurs épithéliales, à globes épidermiques perlés très volumineux dans les alvéoles ; de plus, il y avait des caillots et des épanchements sanguins. Cette structure, jointe à la longue bénignité de la tumeur, ne semble pas devoir laisser de doutes sur sa nature ; mais nous n'avons trouvé que ce fait unique, qui tendrait à faire dans la classe des Tumeurs perlées admettre un groupe particulier.

Dans les cas de Rothmund, de Monoyer, et en général dans toutes les tumeurs iriennes, tout se borne aux globes épidermiques perlés, sans enveloppe ni couleur distinctes.

Dans quelle catégorie de néoplasmes allons-nous donc ranger nos tumeurs épithéliales ? Cornil et Ranvier les mettent à la suite des vrais épithéliomes, dont elles forment la troisième espèce ; mais leur bénignité absolue nous semble les éloigner de ce groupe. Billroth nous paraît plus logique en les plaçant à côté des kystes épithéliomateux mélaniques ou stéatomateux. Il nomme ce groupe « épithéliomas enkystés », contenant des liquides ou des parties semi-liquides de natures diverses. Lorsque le contenu est solide, on a la tumeur perlée, décrite par Cruveilhier sous ce nom. L'aspect de la partie centrale de la tumeur est du reste très-variable, suivant l'âge du néoplasme et certaines conditions de pression, d'attrition, etc. Les cellules épidermiques de la couche centrale subissent en effet, ou non, la fonte moléculaire qui en fait la bouillie décrite précédemment.

En résumé, les tumeurs perlées des doigts sont des néoplasies en général enkystées, à vascularisation possible à la périphérie, nulle à l'intérieur, formées par des lames concentriques de cellules épidermiques, où l'évolution est arrêtée dès une certaine époque. Le centre de ces globes est constitué par les mêmes lamelles, mais ayant subi une fonte, une dégénérescence dont témoignent la cholestérine et la graisse.

§ II. *Pathogénie.* — Quel est le point de départ des tumeurs perlées des doigts ? et quelle est l'évolution qui en fait les néoplasmes que nous avons observés ? Les cas sont encore peu nombreux ; les expériences nécessaires n'ont pu être faites pour donner sur ces points une certitude absolue ; mais l'anatomie pathologique de la tumeur de notre Observation III, mais les nombreuses théories données pour la production de ces mêmes tumeurs, dans d'autres régions (iris) vont éclairer la question. La présence de néoplasmes identiques dans des régions telles que la pie-mère et l'analogie que, d'après Billroth, par exemple, ils présentent avec des productions comme les kystes dermoïdes, donnent immédiatement l'idée d'une origine congénitale ; et, de fait, Billroth (1) les fait venir du feuillet embryonnaire corné. D'une autre part, l'étiologie traumatique de la plupart de ces tumeurs est évidente. Il semblerait donc qu'on dût, tout d'abord, partager les tumeurs perlées en deux grands groupes :

1° *Tumeurs congénitales ;*

2° *Tumeurs acquises survenues dans un âge déjà avancé.*

Nous ne nous occuperons pas des premières, qui sont extrêmement rares, et par cela même peu connues et peu étudiées, pour ne nous occuper que des secondes, qu'aucune observation ne nous permet de considérer comme congénitales.

Il est inutile de parler de diverses causes banales invoquées pour expliquer la production des tumeurs perlées, telles que la vieillesse, l'hérédité ; ce sont là des causes générales, indiquées pour toute espèce de tumeurs, et qui ne semblent jouer aucun rôle ici. Mais il est un autre facteur, qui nous semble jouer ici le rôle le plus important, unique même à ce qu'il

(1) Loc. cit.

semble, du moins pour les tumeurs des doigts ; nous voulons parler du traumatisme.

Dans l'iris, c'est à la suite de traumatismes, surtout dû à des pointes ou à des éclats métalliques, qu'on voit se développer sur cet organe de petites tumeurs de cette nature ; ici la causalité est, la plupart du temps, évidente. Lorsqu'elles occupent la main, il est assez rare aussi que le malade ne mette en cause un traumatisme, une piqure principalement.

Dans le cas observé par Rothmund, et qui servit de base à la théorie, le malade avait eu la cornée perforée par un éclat de fer ; le malade de Monoyer avait eu l'œil droit frappé par l'extrémité acérée d'un fil de fer.

D'après Masse, 83 fois sur 100, ces tumeurs perlées, ou les kystes de l'iris, succèdent à des plaies pénétrantes de la cornée.

Dans le cas de tumeurs des doigts, une cause identique est le plus souvent rapportée par le malade. M. Chavasse, à propos de son malade, nous dit, il est vrai : « Nous ne trouvons pas de traumatisme antérieur avéré, pour expliquer le développement de la tumeur ; le malade nie tout accident de ce genre. » Mais il ajoute : « Cependant, comme les doigts, en vertu de leur position et de leurs fonctions, sont continuellement sujets à des contusions, ou à de petites piqures, dont le souvenir s'efface rapidement, nous sommes portés à admettre l'influence d'une lésion traumatique ; qui aurait déterminé la production d'une néoplasie épithéliale. »

Chez les malades observés par M. Gross, il y a eu chaque fois traumatisme.

Mais par quel processus un traumatisme donne-t-il naissance à ces tumeurs ? Comment, par exemple, à la suite d'une plaie pénétrante de la cornée intéressant l'iris, se développe-t-il un de ces néoplasmes ? Quelles sont les conditions spéciales nécessaires ?

Rothmund qui le premier, s'occupa de cette question de pathogénie, enleva à son malade quatre cils agglutinés.

Il discute, à ce sujet, les hypothèses suivantes :

1° Le traumatisme peut avoir eu pour effet de faire se développer un kyste congénital jusque-là inaperçu.

2° Les éléments cutanés à l'origine, puis métamorphosés, auraient pris, par suite du traumatisme, un développement exagéré, en revenant à leur premier état.

3° Le néoplasme se serait formé tout d'une pièce, à la suite d'implantation sur l'iris de cellules épithéliales, avec follicules pileux des cils emportés par le traumatisme.

Rothmund croit que la troisième opinion est la seule soutenable : des lambeaux d'épithélium, arrachés par la violence du traumatisme, pénétreraient à la faveur de la plaie et du corps vulnérant sur l'iris, et s'y enkysteraient en s'y développant ; ce développement se ferait par greffe épidermique « intus » (1).

Mais cette hypothèse de Rothmund, quoique séduisante, n'était appuyée sur aucune espèce de preuve directe, sur aucune expérience décisive.

Aussi était-elle loin d'être admise généralement; et Monoyer, à la suite de son observation, citée à l'historique, la répudiait formellement et la combattait par des objections, auxquelles nous essayerons de répondre tout-à-l'heure.

Nous arrivons aux recherches de Masse, qui fournissent, sur la Pathogénie des Tumeurs perlées, des renseignements soutenus par des preuves directes.

« Il résulte, dit-il (2), de nombreuses expériences que je viens de faire sur des lapins, que des lambeaux de conjonc-

(1) *Klinische Monatsblatt für Augen.* — Oct.-Déc. 1871, imprimée en janvier 1872.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1881, t. I.

tive, de petits morceaux de peau introduits dans la chambre antérieure, *vont s'accoler à la face antérieure de l'iris* : l'adhésion se fait sans qu'il existe une plaie au niveau de la greffe, *sans que la greffe ait pénétré le tissu même de l'iris.* »

Or, parmi les nombreuses objections faites à la théorie de Rothmund, on trouve celle-ci : « Les greffes ne prennent que sur des surfaces dénudées, sur une plaie récente ou en voie de bourgeonnement : comment des cellules épithéliales pourront-elles vivre et proliférer sur des tissus non lésés ? » (1). D'après les résultats de Masse, il est absolument hors de doute que des adhérences se produisent entre des lambeaux arrachés aux téguments et les parties profondes, quel que soit l'état de ces parties.

Les recherches de Masse détruisent une autre objection : « Pourquoi un traumatisme de même ordre détermine-t-il tantôt une tumeur perlée, tantôt une tumeur kystique ? » Nous avons déjà vu, précédemment, que ces deux espèces ne sont que l'aspect différent d'une même tumeur, selon son âge et diverses conditions d'évolution. Mais ce point est encore plus assuré, quand Masse ajoute :

« J'ai vu se développer, au centre d'une greffe de la conjonctive, une cavité kystique : la tumeur, blanche d'abord et opaque, était devenue translucide. On peut donc obtenir, par la greffe irienne, des tumeurs épithéliales et des tumeurs kystiques, *ces dernières n'étant que les précédentes, dont le centre est dégénéré.* »

Les conclusions de Masse sont précises : pour lui, les tumeurs perlées dérivent le plus souvent d'une greffe épidermique interne, due au traumatisme.

L'objection basée sur le fait que les greffes épidermiques ne s'étendent qu'en largeur, est peu sérieuse ici. En effet, la

(1) Monoyer, loc. cit.

greffe n'est pas libre, enfermée qu'elle est par la plaie qui se referme et l'enkyste en quelque sorte.

Une dernière objection de Monoyer peut sembler plus difficile à résoudre : « Comment expliquerait Rothmund, dit-il, que les deux épithéliomas perlés sur le même œil, dont j'ai donné l'observation, ne se soient pas développés en regard de la plaie cornéenne, mais presque aussi loin que possible, et à l'opposite l'un de l'autre ? » Or il est parfaitement permis de supposer que, d'abord, une parcelle d'épithélium conjonctival ait été emportée par le traumatisme, et même deux parcelles pour expliquer les deux tumeurs, et qu'ensuite la violence du choc les ait séparées et portées, obliquement par rapport à la plaie cornéenne, chacune d'un côté différent. Nous pouvons faire, croyons-nous, cette supposition, étant donnés le traumatisme originel (l'extrémité d'un rouleau de fil de fer se redressant brusquement en ressort) et la laxité de la chambre antérieure.

Il est donc, en somme, bien prouvé que le plus grand nombre de kystes et épithéliomes perlés de l'iris, sinon tous, comme le voulait Rothmund, se développent à la faveur d'un lambeau d'épithélium entraîné par le traumatisme, et qui va servir de greffe au tissu sur lequel il va s'implanter.

Les résultats obtenus par Masse reçoivent une nouvelle confirmation dans les expériences de Cohnheim et de Léopold, qui réussirent même à greffer du tissu cartilagineux dans la chambre antérieure de l'œil (1).

En est-il de même pour les tumeurs perlées des doigts, dont l'origine probable est souvent traumatique ? Telle est l'hypothèse émise et discutée par M. Gross, dans la leçon clinique qu'il fit à propos des deux cas de tumeur perlées qu'il eut occasion d'observer l'année dernière. Cette opinion semble indiscutable ; l'analogie du mode d'étiologie, des symptômes

(1) Arch. Virchow, 1881.

de bénignité, et surtout de la structure histologique, permettrait de l'admettre dès le premier abord. Certains traumatismes (piqûres) entraînent dans la profondeur quelques cellules épidermiques de la couche de Malpighi, qui se greffent dans les parties profondes, et, se trouvant dans les mêmes conditions que les greffes iriennes, se développent aussi sous cette forme.

Mais l'examen de la tumeur de l'observation III fait spécialement pour nous par M. Baraban, vient apporter encore à ce mode de pathogénie, un appui plus direct. Nous avons vu que là, en effet, nous avons trouvé une continuité absolue entre les lames cornées de l'épiderme et la paroi même du néoplasme. Une de ces lames cornées, la plus profonde, formait même à cette paroi une sorte de zone de Malpighi spéciale.

Comment pouvons nous expliquer cette apparence ? Deux hypothèses sont en présence, qui rendent l'une et l'autre bien compte de l'aspect observé : ou bien le traumatisme a déterminé par sa violence une sorte d'invagination des lames de l'épiderme qui, repliées, se sont mises à proliférer vers l'intérieur pour former notre tumeur dont le centre a subi ensuite la dégénérescence habituelle ; ou bien un lambeau seulement d'épiderme, quelques cellules entraînées dans la profondeur par le même mécanisme, ont proliféré en s'enkystant et sont arrivées à se souder aux lames qu'elles avaient abandonnées, et que le choc avait un peu repliées sur elles-mêmes. Ces deux hypothèses peuvent seules expliquer l'aspect des préparations de la tumeur III ; chacune d'elles est également soutenable, mais il s'en dégage, quelle que soit la véritable, une certitude absolue en faveur du mécanisme de la *greffe épidermique interne* que nous soutenons.

Si l'on vient à nous objecter la fréquence des traumatismes pouvant produire des greffes identiques, opposée à la rareté des tumeurs perlées observées jusqu'ici, nous pourrions ré-

pondre que mainte tumeur des doigts opérée sans examen postérieur était peut-être un de ces néoplasmes, et qu'ensuite certaines conditions encore inconnues de vitalité, de pression, d'attrition peuvent empêcher le développement ou l'arrêter à un moment donné.

Mais quel est encore le processus intime de formation de ces néoplasies ? Voici, à ce que nous croyons, comme on peut le concevoir de la manière la plus vraisemblable, surtout d'après les expériences de Masse, et l'aspect microscopique de notre tumeur de l'observation III :

Quelques cellules épithéliales sont enfoncées par une violence quelconque dans la profondeur du tissu connectif du derme. Elles y sont bientôt enkystées par la fermeture de la petite plaie extérieure. Nourries alors par imbibition, elles adhèrent plus ou moins au tissu connectif qui les enserre, selon que celui-ci s'indure plus ou moins, et dans tel ou tel point, à ce contact étranger ; elles deviennent alors, par leur nutrition plus active, l'origine d'une prolifération comparable à celle des cellules du réseau de Malpighi au tégument. Elles donnent sans cesse naissance à de nouveaux éléments plus centraux qu'elles compriment et qui deviennent plus cornés, moins vivants à cause de la nutrition moins vive ; leurs noyaux s'atrophient, et, enfin lorsque la tumeur a un certain développement, les cellules centrales privées de toute vitalité se réduisent en bouillie granuleuse. La compression des cellules plates pavimenteuses se faisant assez régulièrement, on comprend la disposition plus ou moins concentrique des lamelles, analogue à celle des tuniques d'un bulbe d'oignon, d'autant plus séparables qu'on approche du centre, dissociées qu'elles sont par le magma dû à la dégénérescence dont nous venons de parler.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les différentes observations nous permettent de décrire succinctement la symptomatologie de l'affection qui nous occupe. Le malade porte *sur la face palmaire* d'un doigt une petite tumeur, dont il attribue presque toujours l'origine à un traumatisme, le plus souvent ancien et peu sérieux.

L'affection est toute localisée, sans aucun retentissement sur la santé générale, sans aucun envahissement ganglionnaire. La grosseur est du reste tout à fait indolente par elle-même, et l'extirpation n'est le plus souvent demandée qu'à cause d'une gêne fonctionnelle quelconque.

Le néoplasme est mobile sur la peau et les parties sous-jacentes et ne présente jamais d'ulcérations semblables à celles des cancroïdes, mais il présente souvent, sur la partie la plus élevée, un pertuis dont les bords adhrèrent fortement à la peau, et par lequel s'échappe à un moment donné, surtout quand la tumeur a un âge assez avancé, cette bouillie grumeleuse dont nous avons si souvent parlé. Ce dernier symptôme sera pathognomonique, si on retrouve dans la bouillie les lamelles épidermiques et les cristaux de cholestérine qui la distinguent.

Avant ce moment, une tumeur perlée pourra être confondue avec d'autres tumeurs assez fréquentes aux doigts, et qui auront quelques symptômes communs.

La confusion sera, du reste, le plus souvent sans danger,

car le même traitement (extirpation en cas de gêne fonctionnelle considérable), sera toujours applicable.

Nous avons tout d'abord à éloigner des tumeurs que nous avons vues semblables aux épithéliomes perlés et que Billroth range à côté d'eux, nous voulons parler de kystes sébacés, des loupes. Toutes les observations que nous avons pu recueillir donnent la pulpe du doigt comme siège des tumeurs perlées. Or la pulpe du doigt ne possédant pas de glandes sébacées, la présence de tumeurs de cette nature est à priori inadmissible dans cette région. Nous trouvons pourtant dans les archives de médecine(1) une observation de M. Rizet (que nous n'avons pu ajouter aux nôtres, parce que l'examen microscopique n'a pas eu lieu), mais qui nous semble identique. M. Rizet en dit tout d'abord : *Cette observation montre que des tumeurs de nature graisseuse peuvent survenir dans les tissus où l'existence des follicules sébacés n'est pas admise.*

Nous croyons qu'il y avait là une de ces tumeurs épithéliales dont nous nous occupons, car la description s'en applique étonnamment à cette tumeur, mais on voit qu'il est utile de poser le diagnostic, puisque, malgré l'absence de glandes sébacées, on a pu croire à une loupe de la pulpe du doigt, ne sachant dans quelle catégorie ranger les tumeurs de cette nature.

Il est à supposer que maintes tumeurs semblables à des loupes, et dont on ne pouvait expliquer la présence dans une

(1) Arch. méd., 1866, t. II :

« Grosseur saillante, demi molle, mobile, placée au milieu de la face palmaire de l'indicateur gauche, d'aspect nacré. » Ouverture au bistouri « on vit sortir de la plaie un corps étranger semblable à du suif. »

« Le diagnostic ainsi fixé, nous enlevâmes un kyste à parois assez épaisses, blanchâtres et très lisses, du volume d'une noisette, sans connexion avec les tendons. »

région dépourvue de glandes sébacées, n'étaient que des tumeurs perlées (1).

Ce sont là des tumeurs qu'il est impossible de confondre, puisque les loupes ne peuvent exister aux doigts, mais il en est d'autres, assez nombreuses, d'un autre genre, observées aux doigts, avec lesquelles la confusion serait par conséquent possible. Inutile de parler des tumeurs de consistance liquide, qu'on éliminera dès l'abord.

Celles de consistance solide, qu'on observe le plus souvent aux doigts, sont, par ordre de fréquence, les verrues et cornes, les enchondromes et ostéomes, les fibromes, les sarcomes, les cancroïdes. les lipomes et nevromes.

La méthode la plus simple pour examiner le diagnostic différentiel nous paraît être de passer successivement en revue chacune de ces néoplasies.

Verrues et cornes. — Le diagnostic s'impose ici : nous avons affaire à des excroissances cutanées (verrues) souvent multiples, et non à des tumeurs sous-cutanées. Les cornes sont encore plus faciles à reconnaître à cause de leur aspect caractéristique ; d'ailleurs elles sont rares aux doigts.

Ostéomes et enchondrômes. — Nous éliminerons d'abord les ostéomes qui se développent sur l'os de la phalange et sont par suite bien reconnaissables, mais les enchondrômes méritent de nous arrêter plus longtemps. Ces tumeurs sont excessivement fréquentes aux doigts, et peuvent prendre souvent un aspect qui tromperait au premier examen. Se développant très-souvent, en effet, sur les gaines des fléchisseurs, elles peuvent, grâce à ce siège, être mobiles sous la peau ; de plus, elles sont souvent assez sphériques : tous ces signes

(1) Nélaton enlève en 1859 une tumeur graisseuse des doigts *d'une teinte nacrée* (Traité de Path. chir.).

disparaissent dans la suite, mais ils peuvent durer très-long-temps, car la marche des enchondrômes des doigts peut être très-longue, et leur ulcération très-tardive (cas de Dupuytren : 35 ans de durée). Malgré les exceptions, le diagnostic sera toujours assez facile, à ce qu'il semble : moins de mobilité que les kystes perlés, consistance plus dure, forme moins régulièrement sphérique, s'étendant souvent en longueur sur la gaine des tendons, transparence fréquente, puis enfin, quand l'enchondrôme se complique de sarcome, arrivent les signes de malignité, plus ou moins tardifs : adhérence, ulcération de la peau, formation d'un fungus à ichor fétide, augmentation de volume coïncidant avec un ramollissement rapide.

Comme signe éloigné, parfois envahissement des ganglions, non encore constaté pour les tumeurs perlées.

Fibromes. — Le fibrome est « une tumeur constituée par des éléments de tissu connectif à un état de complet développement, et à un degré de condensation plus ou moins développé » (1).

Le néoplasme s'implante aux doigts, surtout sur des éléments connectifs ou en dérivant : (aponevroses-tendons et gaines-périostes). La consistance est, en général, semblable à celle des tumeurs perlées ; la marche en est au moins aussi lente ; on n'observe aussi ni envahissement progressif, ni engorgement ganglionnaire, ni retentissement sur l'état général.

La distinction se fera parfois d'après la pédiculisation de la tumeur qui manque dans celle que nous étudions. Mais ce signe est parfois très difficile à noter pour des fibromes où le pédicule est mince et peu tendu : la confusion est donc absolument possible, mais elle serait peu redoutable à tous les

(1) Heurtaux Dict. méd. prat.

points de vue et peu préjudiciable au malade, car de deux choses l'une : ou la tumeur est gênante ou douloureuse, et alors il faut l'enlever, quelle qu'en soit la nature ; ou elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel et reste stationnaire, et l'on doit s'abstenir d'une opération.

Sarcomes. — Les sarcomes (tumeurs fibro-plastiques) se montrent très fréquemment aux doigts, leur point de départ est le derme, le tissu conjonctif sous-cutané, le tissu conjonctif interposé aux tendons, la gaine tendineuse, le périoste, l'os. Ils sont globuleux, rarement bosselés, élastiques ou presque fluctuants ; la gêne des mouvements, parfois des douleurs le long des filets nerveux, sont leurs signes les plus ordinaires, mais leur principal caractère consiste dans la rapidité de leur marche. Il y a pourtant là des exceptions, et Demay (1) cite deux cas où des sarcomes des doigts n'ont pu être opérés qu'après sept ans (Péan) et après seize ans (Paquet de Lille). La peau glisse sur ces tumeurs ou leur adhère ; dans ce dernier cas, elle s'amincit, devient violacée et est sillonnée de réseaux superficiels.

Le diagnostic pourra donc être ici, surtout dans certains cas, très-difficile, au moins dans la première période d'évolution des sarcomes, mais en général l'adhérence de la peau et l'ulcération viendront vite éclairer le diagnostic. Nous n'avons trouvé noté nulle part un engorgement ganglionnaire, mais il y a des chances de récidives sur place que ne donne pas la tumeur perlée. Nous avons vu que le sarcome se montre très fréquemment aux doigts. Le moyen sûr de diagnostic sera la ponction exploratrice avec le trocart de Kuss. Pour la même consistance, la tumeur perlée devra être plus mobile, roulant comme une bille, tandis que pour le

(1) *Loc. cit.*

sarcome, la délimitation sera plus difficile : la tumeur semblera se rattacher aux tissus voisins et se confondre avec eux.

Cancroïdes. — Epithéliomes malins. — Le siège de prédilection de ces néoplasies aux doigts est la face dorsale, mais on les a rencontrées aussi à la pulpe. Toutes les formes s'y rencontrent avec leur caractère propre, mais c'est en somme une affection assez rare à cette région. Le diagnostic sera souvent délicat dans la période primitive. La distinction devra porter sur l'âge du malade, ses antécédents héréditaires, les douleurs lancinantes éprouvées, et enfin la marche le plus souvent assez rapide. Au bout de quelques mois, le diagnostic devient des plus simples : l'envahissement des tissus voisins a lieu, l'engorgement des ganglions se produit, enfin l'état général est très-mauvais, voilà plus qu'il n'en faut pour faire rejeter l'idée d'une tumeur aussi bénigne que l'épithéliome perlé.

Lipomes. — Ces tumeurs sont, pour nous, assez intéressantes ; leur rareté aux doigts est un élément qui peut entrer en ligne de compte dans la difficulté de diagnostic. Le lipome est dû à l'hypertrophie des vésicules adipeuses enserrées dans les mailles d'un tissu fibreux plus ou moins développé, ce qui donnera à la tumeur une certaine consistance assez analogue à l'élasticité assez dure des tumeurs perlées. Ce type (fibro-lipome) le moins fréquent, est celui qui pourrait le plus nous embarrasser.

Avec un développement très lent, le fibro-lipome se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, non adhérente à la peau qui n'a rien de particulier, du moins au début. Pas d'engorgement de ganglions. Pas de douleurs. Le siège est aussi presque toujours dans le tissu cellulaire sous-cutané, et à la face palmaire.

Laissant le lipome à consistance molle de côté, comment distinguerons nous le fibro-lipome ?

Il est sans adhérences aux parties profondes, mais il présente des *lobulations* plus ou moins apparentes, et, de plus, Follin (1) et Trélat (2) nous donnent un caractère très-important dans l'espèce : c'est une sorte de crépitation comparable à la palpation des kystes à grains riziformes que Trélat rapporte au frottement des vésicules profondes de la tumeur, sur les tendons sous-jacents..

Névromes. — Par sa localisation sur un trajet nerveux, et ses symptômes spéciaux de douleurs précoces, le névrome serait facilement reconnu aux doigts où, croyons-nous, on ne l'a pas encore trouvé.

En résumé le diagnostic se fera surtout d'après l'existence d'un traumatisme antérieur, la *bénignité* des tumeurs perlées, et certains caractères de *non adhérence*, de consistance, de *marche lente*, d'ouverture à un certain moment pour donner issue à une *bouillie spéciale*, etc., caractères qui, réunis, seront particuliers à ces néoplasmes.

(1) Lipome du médius, *Gaz. méd.*, Paris, 1852.

(2) *Bull. Soc. Chir.*, 1868.

MARCHE , PRONOSTIC , TRAITEMENT

Un des caractères principaux de ce genre de tumeurs est la lenteur dans le développement.

Si nous consultons, en effet, nos observations, nous remarquons qu'il a fallu dans les deux cas que nous avons observé personnellement, six années pour que la tumeur eut atteint le volume d'une bille, quatre mois dans le cas de M. Latteux et deux ans dans celui de M. Chavasse. Cette marche lente, qui n'a gêné les individus atteints de la tumeur que quelque temps avant l'opération réclamée par eux, nous donne, au point de vue du pronostic, les espérances les plus favorables. C'est le propre, en effet, des tumeurs à développement peu rapide de présenter un caractère de bénignité tout particulier. La marche rapide d'une tumeur est une preuve de gravité.

Quant à l'état local, lorsque les tumeurs perlées ont atteint un certain volume, leurs éléments centraux subissent une dégénérescence ; la tumeur se ramollit, s'ulcère en un point, et se vide par la pression pour se remplir de nouveau et donner naissance à une nouvelle tumeur identique à la première.

Le volume de la tumeur, le frottement, la pression, les chocs qu'elle supporte doivent certainement pouvoir développer des accidents inflammatoires, et notre observation II, où la tumeur s'est trouvée entourée d'une épaisse couche de tissu inflammatoire, en peut servir de preuve.

C'est précisément le pronostic particulièrement favorable de

ces tumeurs qui nous a fait préférer le nom de *tumeur perlée* à celui d'*épithéliome pavimenteux perlée*, plus juste histologiquement parlant.

Tous les auteurs qui se sont occupés de ce néoplasme ont fait du reste cette distinction, nécessaire au point de vue clinique ; l'appellation de *tumeur perlée* n'implique pas en effet cette idée de malignité, qu'éveille toujours le seul mot d'*épithéliome*.

Il y aurait pourtant des réserves à faire au sujet de cette bénignité. Sans doute, toutes les tumeurs de ce genre opérées jusqu'à présent, avaient toutes ce caractère commun d'arrêt de développement, d'évolution stationnaire. Mais, en somme, la structure épithéliale du néoplasme ne doit inspirer qu'une médiocre confiance dans une bénignité durable.

Ne savons-nous pas, en outre, que les productions épithéliales les plus bénignes, les *cornes*, par exemple, peuvent à la suite de certaines irritations, à la suite d'une prédisposition individuelle, ou de certaines conditions non connues encore, devenir l'origine d'une production cancéroïdale des plus dangereuses. (Boyer, Denucé).

Il est donc nécessaire de faire quelques réserves au sujet de la bénignité des tumeurs perlées, malgré toutes les observations qui nous les dépeignent comme dépourvues par elle-même de tout danger, et ces réserves viendront de cette remarque que toute production épithéliale peut, à un certain moment, et sous des influences le plus souvent inconnues, passer de la bénignité la plus extrême à un état malin des plus dangereux ; mais ceci n'est qu'une hypothèse et nous devons reconnaître que rien jusqu'à présent n'est venu la confirmer.

Ces considérations devront simplement engager à surveiller ces tumeurs, leur marche, etc., et à ne négliger aucune

précaution dans l'ablation et le pansement de la plaie opératoire.

Que devra-t-on faire en présence de telles tumeurs ?

La guérison spontanée est improbable : car, formées de zones de cellules épidermiques, leur contenu ne peut tendre qu'à se renouveler sans cesse.

Il ne saurait être question de résolutifs ou de fondants.

Les caustiques seront-ils employés ?

Ces agents, dans le cas de tumeurs, sont le plus souvent impuissants ; très-souvent, ils sont nuisibles : ils agissent imparfaitement, ayant une action qu'on ne peut assez limiter et préciser ; ils peuvent ne servir qu'à irriter encore plus des éléments trop disposés déjà à la prolifération. Enfin, ils laisseront presque toujours échapper quelques parties de la tumeur. Or, une seule cellule abandonnée au fond de la plaie, pourrait devenir évidemment le point de départ d'une nouvelle néoplasie, d'après le mécanisme que nous avons exposé dans la Pathogénie.

L'ablation radicale est le seul moyen curatif : tout autre traitement local serait impuissant ou nuisible.

Après une incision des téguments, la tumeur s'énucléera facilement, car ses zones périphériques ne présentent le plus souvent aucune adhérence à la peau ni aux tissus profonds, ou des adhérences très limitées. La méthode antiseptique assurera une réunion par première intention. La guérison simple et rapide sera parfaite, comme dans les deux cas traités à la clinique de M. Gross, et l'on n'aurait à craindre de récurrence que si l'on abandonnait dans la plaie quelque parcelle de la tumeur.

Lorsque ces tumeurs sont de petit volume, le malade les garde sans en parler, les ignorant même quelquefois. Quand elles ont un certain volume, leur présence est révélée par une

gêne fonctionnelle plus ou moins sérieuse. La marche lente de l'affection, son ulcération tardive et sans retentissement sur la santé n'amèneront le malade à demander l'intervention que très tardivement.

A la main, l'ablation est des plus aisées. Inutile d'intervenir si la tumeur ne gêne pas trop, surtout si le malade présente quelque affection diathésique, s'il est âgé ou alcoolique : l'alcoolisme est une contre indication générale à toute opération qu'on ne peut éviter.

L'énucléation étant très facile, puisque ces tumeurs ne sont presque jamais adhérentes, ce sera le procédé indiqué. L'intervention chirurgicale sera peu sérieuse, par suite de l'efficacité du pansement antiseptique, qui, après quelques jours de traitement, donnera une réunion par première intention.

L'opération comprendra :

La chloroformisation, l'hémostase provisoire par la bande d'Esmarch, puis :

1^{er} temps. Incision longitudinale dans l'axe du doigt, sur la ligne médiane, ou incision cruciale si la tumeur est trop volumineuse. — Excision des parties qui peuvent être ulcérées et inaptes à la réunion. — Ou encore excision de l'excédant des téguments.

2^e temps. — Enucléation de la tumeur.

3^e temps. — Réunion totale ou partielle, en ménageant une issue aux liquides — s'il y a lieu.

4^e temps. — Pansement antiseptique compressif. Immobilisation du doigt, parfois de la main. Dans les deux extirpations pratiquées par M. Gross, deux pansements dans l'observation II, un seul dans l'observation III, ont suffi pour obtenir la guérison.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs perlées des doigts sont rares ; cependant l'absence d'examen microscopique a pu les faire, dans certains cas, confondre avec d'autres tumeurs analogues dans leurs symptômes, telles que les fibromes, par exemple.

2° Le mode d'origine démontré par Masse pour les tumeurs perlées de l'iris est applicable aux tumeurs perlées des doigts, et nous supposons que celles-ci se développent par *greffe épidermique interne*.

3° La tumeur perlée est une tumeur bénigne et le pronostic en est favorable.

4° Le traitement à appliquer est l'ablation.

5° La récurrence n'est à craindre que si la tumeur n'est pas totalement enlevée.

Vu :

Le Président de la thèse,

Nancy, le 18 décembre 1883.

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 19 décembre 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Sulfures alcalins. — Eaux sulfureuses naturelles et artificielles.
- 2° PHYSIQUE. — Des différents genres de leviers ; leviers de force, leviers de vitesse.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des Rubiacées. — Drogues qu'elle fournit à la médecine.
- 4° ANATOMIE. — Du plexus solaire.
- 5° HISTOLOGIE. — Tissu cartilagineux.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Mécanisme de l'érection.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des fistules anales externes.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des différentes formes de néphrites.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'hydropisie consécutive à une maladie du foie.
10. MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Des médicaments antipyrétiques.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Ponction de la vessie.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Existe-t-il une fièvre puerpérale ?
- 13° HYGIÈNE. — Hygiène des gens de mer.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De l'organisation médicale en France ; du personnel médical.

